№ 4 WARSZAWA, KWIECIEŃ 1935 ROK VII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.—**



BROMLECITHIN
POŁĄCZENIE BROMU z LECYTYNĄ
ZAWIERA 20% BROMU
NIEZAWODNY ŚRODEK USPAKAJAJĄCY
I WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY
NIE WYWIERA ŻADNEGO SZKODLIWE-
GO DZIAŁANIA UBOCZNEGO.
POSTACIE:
ORYGINALNE RURKI ZAWIERAJĄ 20 TABL. PO 0,3 GR
" FLAKONY " 100 " " 0,05 "
FABRYKA CHEMICZNA GEDEON RICHTER TOW. AKC. BUDAPESZT.
PRZEDSTAW. OPOTHERAPIA · WARSZAWA · KREDYTOWA 6.
RICHTER

№ 4. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1935 ROK VII

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. IRENA GRODZIEŃSKA (Warszawa).

O ISTOCIE I LECZENIU NADCIŚNIENIA.

Ciśnienie skurczowe krwi powyżej 135 mm. Hg. w średnim wieku i powyżej 150 mm w starszym wieku uważane jest za patologiczne i nosi nazwę nadciśnienia. Kobiety wykazują naogół ciśnienie o 10 mm. Hg. niższe. Ludzie z Dalekiego Wschodu — Chińczycy przeciętnie o 20 mm. Hg. niższe (odgrywa tu prawdopodobnie rolę djeta roślinna). Wysokość ciśnienia zależy zarówno od pracy lewej komory serca jak i od oporów obwodowych i sprężystości tętnic. O ile na wysokość ciśnienia skurczowego wpływają często zmienne czynniki, jak wysiłek, ilość spożytych pokarmów, o tyle ciśnienie rozkurczowe zależy od czynników bardziej stałych, wzmagających opór na obwodzie jak zgrubienie ścian tętniczek, zanik naczyń włosowatych i t. d.

Istota nadciśnienia jakkolwiek od szeregu lat poświęca się jej b. wiele badań, nie jest jeszcze dokładnie poznana i zrozumiana. W niektórych wypadkach, ciśnienie, nieznacznie tylko wznoszące się ponad zakreśloną schematycznie granicę normy, wywołuje b. ciężkie i przykre objawy, podczas gdy w innych wypadkach osobnicy o ciśnieniu, nawet znacznie wyższem zdolni są do pracy i nie odczuwają żadnych nieprzyjemnych sensacyj. Tak więc przez nadciśnienie jako jednostkę chorobową powinno się rozumieć nietylko wzniesienie ciśnienia ponad oznaczoną sztucznie cyfrę, ale całkowity zespół objawów podmiotowych i przedmiotowych.

W niektórych przypadkach tej choroby możemy uchwycić przyczynę, ją wywołującą, w innych przyczyna ta jest trudna do wykrycia i znajduje się jedynie w sferze domysłów.

W związku z pochodzeniem nadciśnienia można rozróżnić następujące jego rodzaje: nadciśnienie pochodzenia toksycznego, 2) nadciśnienie pochodzenia nieznanego t. zw. nadciśnienie pierwotne albo samoistne, 3) nadciśnienie w przebiegu zmian patologicznych, rozwijających się w ścianie naczyń.

Grupa I. Czynniki toksyczne, prowadzące do nadciśnienia, mogą pochodzić bądź z zewnątrz, bądź z wewnątrz. Jako czynnik zewnętrzny wymienić można zatrucie ołowiem, wpływające bezpośrednio na mięśnie gładkie drobnych naczyń, jak wykazują doświadczalne badania Tcherkessa i Philippowa.

Czynniki toksyczne wewnętrzne działają przy zatruciu ciążowem oraz przy zapaleniach nerek. W nadciśnieniu pochodzenia toksycznego dotknięty jest nietylko układ tętniczy i naczyń włosowatych, ale również i żylny, skąd płynie cały szereg objawów, niżej wymienionych.

Grupa II. Istota nadciśnienia samoistnego nie jest znana; istnieje b. dużo badań, przeprowadzonych w tym kierunku, które jednak nie dały jeszcze pewnych rezultatów. Prawdopodobnie ta postać nadciśnienia zależy od stanu podrażnienia ośrodków nerwowych w mózgu, skutkiem czego dochodzi do zwężenia tętniczek. Odgrywa tu ogromną rolę stan układu nerwowego. Psychiczne czynniki wywierają b. duży wpływ na powstanie i przebieg tej choroby również stwierdza się duży wpływ czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Stąd częste powstawanie nadciśnienia w okresie przekwitania.

Autorzy amerykańscy znaleźli zgrubienie tętniczek na podstawie mózgu i w rdzeniu przedłużonym w wypadku nadciśnienia samoistnego. Przypuszczają oni, iż skutkiem zmian w tych tętniczkach istnieje zmniejszony dopływ krwi do układu centralnego, stąd zaburzenia w utlenianiu i wytwarzaniu się kwasu mlekowego, który drażni ośrodki nerwowe

W podnoszeniu się ciśnienia gra rolę oprócz kwasu mlekowego również kwas węglowy. Do zwężenia tętniczek dochodzi prawdopodobnie nietylko na drodze podrażnienia ośrodkowego układu naczynioruchowego, ale również na drodze podrażnienia obwodowego. W tem ostatniem odgrywają rolę czynniki odruchowe, a częściowo może i toksyczne. Prawdopodobnie odgrywa tu także rolę wrodzona mniejsza wartościowość układu naczyniowego. Choroba ta ma podłoże dziedziczne; występować może już w b. młodym wieku.

III grupa obejmuje nadciśnienie ,powstałe w przebiegu miażdżycy i kiły, które powodują zmiany degeneracyjne w ścianie naczyniowej, przekształcając naczynia w zgrubiałe i sztywne rurki, i w ten sposób przyczyniając się do zwiększenia oporów na obwodzie; jednocześnie powodując gorsze odżywienie ośrodków naczynioruchowych, również i na tej drodze wpływają na zwiększenie ciśnienia.

Grupa ta obejmuje również nadciśnienie, powstałe w przebiegu wie

Idealny lek przeciwkiłowy

BISMOLIP



Idealna dyspersja.
Doskonałe wchłanianie.
Brak objawów ubocznych.
Zupełna bezbolesność.

Ampułki
Słoiki

lu chorób nerkowych. A więc przedewszystkiem w nephrosclerosis maligna, której istotą jest właśnie miażdżyca najdrobniejszych tętniczek nerkowych — t. zw. arteriol.

Również w tej samej grupie znajduje się nadciśnienie, występujące w nephrocirrhosis, stanowiącej ostatnie stadjum stanu zapalnego nerek, rzadko będącej zejściem skrobiawicy nerek Występują wówczas obok bujania tkanki łącznej, doprowadzającego do znacznego zmniejszenia objętości nerki, również zmiany degeneracyjne w ścianie drobnych naczyń, co wtórnie prowadzi do zwiększenia oporów na obwodzie, a więc i do nadciśnienia. W podniesieniu ciśnienia w przebiegu tych chorób nerkowych obok zmian degeneracyjnych w naczyniach odgrywa również rolę niewydolność nerki. Ciężar gatunkowy moczu obniża się i to nieraz b. znacznie, nerka zatrzymuje niedopałki białkowe. Niedopałki te, krążąc wówczas w zwiększonej ilości we krwi wywołują stan podrażnienia ośrodków i nerwów naczynioruchowych i również podnoszą ciśnienie. Należy zaznaczyć brak stałego stosunku między ilością zatrzymanych ciał białkowych a wysokością ciśnienia. U jednych chorych ten sam poziom azotu we krwi wywołuje znacznie większy wzrost ciśnienia niż u innych. Co więcej zdarza się, że przy dość wysokim poziomie azotu we krwi ciśnienie utrzymuje się w normie (w przypadkach, w których niema niedomogi serca).

Objawy: Objawy nadciśnienia w dużej mierze zależą od przyczyny, je wywołującej. W przypadku nadciśnienia na tle toksycznem jak np. w zatruciu ciążowem są one b. ciężkie i stanowią tylko pojedyncze ogniwo w całym łańcuchu groźnych objawów, składających się na daną jednostkę chorobową. Objawy nadciśnienia są następujące: bóle i zawroty głowy, szum w uszach. bóle w mięśniach zwłaszcza karku i t. d.

W nadciśnieniu samoistnem skargi pacjenta są zwykle b. liczne, często nawet niewspółmierne do jego stanu przedmiotowego. Pacjenci tacy odczuwają uderzenia krwi do głowy, bóle i zawroty głowy, szum w uszach. bóle w okolicy serca i aorty, bóle na przebiegu naczyń obwodowych t. zw. vasalgje. Sensacje bólowe dochodzą często do b. dużych rozmiarów zwłaszcza bóle głowy. nieraz tak gwałtowne, że odbierają choremu sen i chęć do życia. Dołączają się do tego objawy zaburzeń ze strony układu nerwowego. Osoby, uprzednio zupełnie zrównoważone pod względem nerwowym i psychicznym, poczynają zdradzać objawy neurastenji: odczuwają lęk i niepokój, skarżą się na bezsenność, ogólne osłabienie, niezdolność do pracy, zarówno fizycznej jak i umysołwej, często popadają w silną depresję. Objawy nerwowe zaznaczają się specjalnie wyraziście w nadciśnieniu samoistnem, związanem z okresem przekwitania.

Przedmiotowo często nie stwierdza się w tych wypadkach nic poza naturalnie wysoką cyfrą, wskazywaną przez aparat do mierzenia ciś-

nienia, oraz duże napięcie tętna. Przy dłużej trwającem nadciśnieniu następuje przerost lewego serca, objawiający się przez powiększenie serca w lewo oraz podnoszące uderzenie koniuszkowe. Stwierdza się również zaakcentowanie drugiego tonu nad aortę oraz tętnienie tętnic szyjnych.

W nadciśnieniu pierwotnem dotknięte są najcieńsze tętniczki oraz włośniczki, natomiast żyły są niezmienione. Jest tu więc inaczej niż we wtórnych postaciach nadciśnienia, gdzie zmianom ulegają również żyły i skutkiem tego przerasta nietylko lewa, ale i prawa komora.

W związku z różnicami między nadciśnieniem pierwotnem a wtórnem w pierwotnej twarz jest siniczo-czerwona, we wtórnej blada (w wtórnem — zajęcie włośniczek nietylko tętniczych, ale i żylnych). Nadciśnienie pierwotne — czerwone nadciśnienie. W nadciśnieniu wtórnem — bladem stwierdzamy zazwyczaj wyższe ciśnienie rozkurczowe niż w pierwotnem.

W przebiegu nadciśnienia stałego występować mogą przełomy nadciśnieniowe, t. zw. kryzy naczyniowe. Dają one najrozmaitsze często b. przykre objawy: a więc napady dławicy piersiowej objawy mózgowe (afazja, głuchota, porażenia mięśniowe), występują również napadowe bóle brzucha, robiące nieraz wrażenie ostrej sprawy chorobowej w jamie brzusznej. Chorzy odczuwają często podczas tych przełomów mrowienie kończyn, objaw martwego palca, kurcze łydek. Nieraz następstwem takiego przełomu jest pęknięcie naczynia w mózgu lub nagłe osłabienie lewej komory.

Dla nadciśnienia pierwotnego charakterystyczny jest paradoksalny odczyn adrenalinowy. Rozszerzenie naczyń mózgowych pod wpływem adrenaliny powoduje lepsze ukrwienie ośrodków naczynioruchowych, zmniejsza ich stan podrażnienia i w związku z tem następuje poprawa w stanie chorobowym.

Oprócz wyżej wymienionych postaci nadciśnienia istnieje jeszcze postać napadowa. Ta postać napadowa występuje b. często w związku ze schorzeniem nadnerczy. A więc mamy do czynienia bądź z podrażnieniem humoralnem tego gruczołu, bądź z nowotworem jego istoty rdzeniowej. Powoduje to gwałtowne wyrzucenie adrenaliny do krwioobiegu i stąd nagły wzrost ciśnienia.

Taki napad nadciśnienia może trwać 10—15 minut i przedstawia obraz następujący: chory staje się blady, odczuwa bóle w brzuchu i w klatce piersiowej, bóle głowy nudności, kurcze łydek. Przedmiotowo stwierdza się poza podniesieniem ciśnienia przyśpieszenie tętna i zaakcentowanie II tonu nad aortą.

Gdy sprawa trwa dłużej i napady się powtarzają, rozwinąć się może nadciśnienie stałe. Często dochodzi do powstania azocicy, kończącej się śpiączką. Postać napadowa występuje również w chorobie Basedo-

wa, w toksycznych formach nadciśnienia (zatrucie ołowiem, zapalenie nerek), również w chorobach układu nerwowego, np. we wiądzie rdzenia, w zatorach mózgowych, często na tle odruchowem, np. przy kamicy nerkowej lub wątrobowej.

Dumas opisuje t. zw. nadciśnienie zblokowane. Pod tą nazwą autor rozumie końcową fazę przewlekłego nadciśnienia dobrze znoszonego. Występują wówczas objawy nietolerancji bez objawów niedomogi czynnościowej sercowo-naczyniowej. Objawy te są następujące: bóle głowy, drgawki, kurcze łydek, niekiedy nieznaczne zwiększenie ciepłoty i białkomocz.

Przebieg: Przebieg nadciśnienia zależy w dużej mierze od przyczyny je wywołującej. W przypadku np. zatrucia ciążowego przebieg jest b. ciężki, okres trwania zwykle b. krótki, w ostrem zapaleniu nerek przebieg zależy od stopnia toksycznego działania zarazków.

W nephrosclerosis maligna zarówno jak i w nephrocirrhosis przebieg jest zawsze b. ciężki, sprawa chorobowa tu się nie cofa, dąży stale w mniej lub bardziej szybkim czasie do nieuniknionego końca. W nadciśnieniu samoistnem przebieg jest zwykle powolny; zależnie od warunków zewnętrznych, jak rodzaju pracy, sposobu odżywiania się, obecności lub braku czynników wzruszeniowych następują okresy poprawy i pogorszenia.

Niebezpieczeństwa. grożące w przebiegu nadciśnienia samoistnego są następujące: przełomy naczyniowe, wylewy krwawe w siatkówce: nagłe podniesienie ciśnienia może spowodować wylew do mózgu bądź też niedomogę sercową. Długotrwały przebieg usposabia do powstania zmian zwyrodnieniowych w ścianie naczyniowej, w rezultacie rozwinąć się może miażdżyca zarówno ośrodkowa jak i odwodowa, dochodzi nieraz do powstania nephrosclerosis maligna. Niebezpieczeństwa, grożące przy nadciśnieniu wtórnem, stanowią przełomy naczyniowe, zawsze niepewne w swych skutkach, często pęknięcie naczynia mózgowego, objawy niewydolności sercowej i mózgowej.

Rokowanie: Rokowanie we wszystkich postaciach nadciśnienia zależy od objawów ze strony nerek, od stopnia ich wydolności, a więc od ich zdolności do wydzielania związków azotowych. Stale utrzymujący się niski ciężar gatunkowy moczu i wzrost niedopałków białkowych we krwi czyni rokowanie złem.

Pozatem rokowanie zależy od stanu serca, a więc od jego rozmiarów i wydolności czynnościowej, również od stanu naczyń krwionośnych np. przebyty już choćby raz udar mózgowy świadczy o uszkodzeniu tych naczyń, podobnie np. pogarsza rokowanie uszkodzenie naczyń trzustkowych, przejawiające się np. w postaci cukrzycy.

Rokowanie u danego pacjenta zależy w dużej mierze od jego warunków życiowych, od jego możliwości prowadzenia spokojnego i regu-

larnego trybu życia. Każde bowiem wzruszenie psychiczne, każdy wstrząs nerwowy, przepracowanie fizyczne lub umysłowe, nadużycie w odżywieniu czy w dziedzinie seksualnej może spowodować nagły wzrost ciśnienia wraz z jego wszystkiemi przykremi skutkami.

Śmierć następuje najczęściej z powodu udaru mózgowego lub niedomogi serca.

Podług statystyki niemieckiej przy ciśnieniu skurczowem powyżej 150 między 40 a 60-tym rokiem życia śmiertelność jest o 17% wyższa niż przy ciśnieniu normalnem.

Leczenie: Leczenie w przypadkach, w których jest wyraźna przyczyna nadciśnienia, jest naogół dość proste: sprowadza się do usunięcia przyczyny, a więc w zatruciu ciążowem usunięcie płodu i łożyska sprowadza powrót do stanu normalnego podobnie przy nadciśnieniu na tle odruchowem usunięcie np. kamienia z miedniczki czy z pęcherzyka żółciowego powoduje stały powrót ciśnienia do normy. Podobnie działa przy nadciśnieniu na tle zatrucia ołowiem niestykanie się dalsze pacjenta z tym metalem.

Przy ostrem zapaleniu nerek często usunięcie migdałków powoduje zniknięcie stanu zapalnego oraz jednego z jego najważniejszych objawów t. j. nadciśnienia.

W innych rodzajach nadciśnienia leczenie przedstawia zagadnienie b. trudne.

Ponieważ w chorobie tej czynnik nerwowy odgrywa tak wielką rolę, najważniejsze znaczenie ma dla chorego spokój i równowaga duchowa. Pacjentowi takiemu należy możliwie jak najbardziej oszczędzić wszelkiego rodzaju wzruszeń, zwłaszcza zaś przykrych. Należy go uspokoić co do stanu jego zdrowia, nie wtajemniczać go, ile wynosi jego ciśnienie krwi, gdyż pacjenci przeceniają zwykle znaczenie tegoż. W ostatnich latach wytworzyła się u b wielu pacjentów w związku z częstem mierzeniem ciśnienia i powiadamianiem ich o niem, wprost neurastenia ciśnieniowa.

Choremu takiemu nie wolno przemęczać się pracą, ani fizyczną, ani umysłową. Chory pracujący powinien mieć parę razy do roku przerwy w pracy. Zupełnie jednak nie należy odsuwać go od zajęć zwłaszcza chorego, przyzwyczajonego do pracy, gdyż pozwala to choremu zbyt wiele myśleć o jego chorobie i pogarsza jego stan nerwowy. Naturalnie dotyczy to pacjentów, u których nie występują żadne objawy niedomogi sercowej ani nerkowej.

Chorzy tacy winni spędzać dużo czasu na wolnem powietrzu. Wskazane są bardzo wyjazdy na wieś do lesistych miejscowości, również wskazane są podgórskie nisko położone miejscowości. Wyraźnie przeciwwskazany jest wyjazd w góry, które przedewszystkiem wpływają ujemnie na stan nerwowy i stąd zwiększają możliwość powstania przełomów naczy-

niowych i niebezpieczeństwo udarów mózgowych. Wyjazd do uzdrowisk również może tylko zaszkodzić pacjentowi, gdyż picie wód ze względu na konieczność ograniczenia u tych chorych płynów jest niewskazane. Kąpiele solankowe i kwasowęglowe są naogół źle znoszone przez tych pacjentów. Prof. Jagić radzi kąpiele tlenowe oraz z ekstraktów sosnowych.

Pobyt nad morzem naogół jest wskazany: zależne to jest od indywidualnego oddziaływania pacjenta.

Konieczną rzeczą jest uregulowanie djety. Przedewszystkiem należy zwrócić uwagę, aby pacjent odżywiał się regularnie i w niezbyt dużych ilościach odrazu, zwłaszcza powinien ograniczać posiłki wieczorne. Kolację powinien jeść przynajmniej na 2 godziny przed pójściem spać.

Djeta powinna zawierać mało soli i mało ciał purynowych. Płyny należy ograniczyć do 3 szklanek dziennie. Należy podawać dużo cukru, dużo owoców i jarzyn (niewzdymających).

Wskazane są 2 razy tygodniowo dni bezmięsne. Od czasu do czasu choremu można przepisać djetę Karella, a według Jagić'a co 10—14 dni—dzień kompotowy.

Chory powinien dbać o codzienne wypróżnienie, zmniejsza bowiem w ten sposób przekrwienie w jamie brzusznej. W razie niemożności samoistnego wypróżnienia musi się uciec do środków przeczyszczających. Ważną bardzo rzeczą jest dobry sen chorego. W przypadkach bezsenności dobrze robi spacer na powietrzu przed położeniem się na spoczynek. w uporczywych przypadkach należy podawać środki uspakajające i nasenne: brom, adalinę, bromural.

Co się tyczy sztucznego obniżania ciśnienia, to niestety niema środków, stale je obniżających. Stosuje się perparynę, związki teobrominowe, niektórzy autorzy radzą również wapno i atropinę. Działanie ich jednak jest przemijające. Stosuje się również związki nitrowe we wstrzykiwaniach domięśniowych. Niektórzy polecają je dożylnie, jest to jednak wówczas dość niebezpieczne ze względu na nagłe, zbyt gwałtowne obniżenie ciśnienia. Przy długiem stosowaniu związki nitrowe nawet podnoszą ciśnienie. Bardzo dobrze robią środki uspakajające: brom (w dużych dawkach), gardenal, polecają również chloralhydrat.

W stanach wyczerpania wpływają korzystnie preparaty żelazowo-fosforowe.

Jod stosuje się w przypadkach, w których odgrywa rolę kiła, również w razie objawów stenokardjalnych. Wogóle jod należy podawać b. umiarkowanie z obawy przed hypertyreozą, gdyż osobnicy, cierpiący na nadciśnienie, wykazują często chwiejność układu wewnątrz-wydzielniczego. Korzystne działanie wywierają związki rodanowe; stosuje się często rodan w połączeniu z calcium-diuretiną.

Specjalne omówienie należy się stosowaniu upustów krwi. Co do

tego — zdania wielu autorów są podzielone: jedni stosują je często b. chętnie po 200—300 cm^3 w odstępach 2—3 miesięcznych, inni zajmują stanowisko, im przeciwne, i stosują je tylko w razie b. burzliwych objawów.

Zasadniczo wskazaniem do upustu krwi są objawy dławicowe; przy gwałtownych bólach głowy, objawach przełomów naczyniowych raczej wskazany jest miejscowy krwioupust przy pomocy pijawek. W wypadkach udaru mózgowego stosuje się ogólny krwioupust.

Działanie krwioupustu jest przemijające, często przynosi b. dużą ulgę. W każdym razie bezkrytyczne stosowanie jego larga manu jest niewskazane i przynosi czasem więcej szkody niż pożytku.

Ze środków, obniżających ciśnienie .stosują niektórzy autorzy inhalacje tlenowe.

W wypadkach nadciśnienia napadowego, związanego z nagłem wyrzuceniem adrenaliny do krwioobiegu, Willaret stosuje johimbinę. Działanie johimbiny jest proporcjonalne do ilości krążącej we krwi adrenaliny.

Preparaty trzustkowe i mięśniowe (angioxyl i myostriatol) stosowane w postaci wstrzykiwań domięśniowych, mają działanie przemijające. Preparaty cholinowe, stosowane w postaci wstrzykiwań, (acecholine) wychodzą naogół z użycia, stosowane doustnie (kathesina, hypotan) oddziaływują niekiedy korzystnie na samopoczucie pocjenta, naogół jednak większego znaczenia nie mają.

Ostatnio ukazała się na rynku farmaceutycznym olbrzymia ilość preparatów, obniżających ciśnienie krwi. W praktyce jednak okazuje się, że preparaty te są pozbawione większej wartości. W wypadkach bólów na przebiegu naczyń stosuje się djatermję.

Zasadniczem dążeniem lekarza nie powinno być zbyt gwałtowne obniżanie ciśnienia, gdyż duże wahania w ciśnieniu są gorzej znoszone niż samo wysokie ciśnienie i często mogą spowodować nagłe zejście śmiertelne.

W razie objawów zaczynającej się niedomogi serca stosuje się natychmiast łóżko i małe dawki naparstnicy. Podobnie specjalne leczenie stosuje się przy każdym innym powikłaniu nadciśnienia jak udar mózgowy, niedomoga nerkowa i t. d.

Dr. Lászlò Detre.

O PATOGENEZIE I TERAPJI AGRANULOCYTOZY.

Z III Kliniki Chorób Wewnętrznych kr. Uniwersytetu Pázmány Peter w Budapeszcie. (Dyrektor Prof. Dr. A. v. Korányi).

Na zebraniu Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej i Pedjatrji w Berlinie, podał Werner Schulz w lipcu 1922 roku w swoim referacie na temat „procesy gangrenowe i uszkodzenia systemu granulocytarnego“

nowy obraz chorobowy, który nazwał „Agranulocitosis". Według Schulza jest to choroba niezależna, dobrze wyodrębniona spośród innych schorzeń układu leukopojetycznego. Choroba ta ma czasem początek powolny i można wtedy zaobserwować wciągu dni, a nawet tygodni przed zjawieniem się gorączki, objawy prodnoralne pod postacią astenji ogólnej i złego samopoczucia.

Symptomy mogą też zjawić się nagle, wśród najlepszych warunków ogólnych, pod postacią silnych dreszczów. Choroba rozwinięta przedstawia obraz ciężkiej infekcji toksycznej. Gorączka o typie ciągłym waha się między 40^0—41^0, chory jest wybitnie osłabiony; czasem już na 2—3 dzień pojawiają się w jamie ustnej ciężkie zmiany gangrenowe. Te uszkodzenia anginowe są tak charakterystyczne, że Ulrich Friedemann, który jednocześnie opisał tę chorobę z Schulzem, nadał jej nazwę „angina agranulocitica" zamiast agranulocitosis.

Schulz nie zgodził się z tą nazwą, wyjaśniając, że procesy wrzodziejąco-martwicze, które się wytwarzają w jamie ustnej i gardzielowej nie tworzą warunki sine qua non choroby i że zmiany te zjawiają się też na innych śluzówkach. Czasem wogóle niema anginy. Tak więc można w niektórych przypadkach zaobserwować owrzodzenia w przewodzie pokarmowym, w pochwie i w przedsionku.

Poza stanem infekcyjno-toksycznym i zmianami martwiczemi na błonach śluzowych, żółtaczka przedstawia ważny symptom choroby.

Żółtaczka, która zjawiła się w większości przypadków dotychczas zaobserwowanych, nie osiągnęła wybitniejszej intensywności i przedstawiała pewne wahanie w przebiegu choroby. Charakterystyczne, że zażółceniu skóry nie towarzyszą objawy cholemiczne, ani zwolnienie tętna, ani świąd skóry. Brak bilirubinurji, natomiast stwierdza się w moczu urobilinogen i urobilinę. W niektórych przypadkach zjawia się obfite białko w moczu i liczne wałeczki ziarniste.

Bardzo rzadko żółtaczce towarzyszy powiększenie wątroby i śledziony, lecz w stopniu nieznacznym, tak, że śledziony najczęściej wymacać nie można.

Brak obrzęku gruczołów limfatycznych, poza limfomami regjonalnemi okolicy jamy ustnej. Jako symptomy drugorzędne występuje wybitna adynamja i hypotonia.

Symptomem jednak najważniejszym choroby i warunkiem sine qua non rozpoznania są zmiany morfologiczne krwi. Ogólna ilość leukocytów jest silnie zmniejszona i w ostatniem stadjum choroby jest tylko kilkaset ciałek białych w 1 mm^3.

Przyczyną tej krańcowej leukopenji jest wybitne zmniejszenie się, czasem nawet do zupełnego zniknięcia, granulocytów. Bardzo ważny i charakterystyczny jest fakt, że między granulocytami nie spotyka się form młodych, regeneratywnych, niema przesunięcia obrazu

na lewo wg. Arneth-Schillinga. Poza zachowaniem się granułocytów, aparat limfatyczny pozostaje nienaruszony: w rzeczywistości ilość absolutna limfocytów albo nie zmniejsza się zupełnie, albo w stopniu nieznacznym. Schulz podkreśla fakt, że nie zjawiają się w krwiobiegu komórki jednojądrzaste patologiczne jako symptomy stanu podrażnienia systemu limfatycznego. Podobnie nienaruszony jest system erytropojetyczny. Ilość ciałek czerwonych jest normalna, lub zmniejszona tylko nieznacznie wskutek długotrwałej gorączki. W sposób podobny do erytrocytów zachowuje się hemoglobina. Płytki krwi pod względem ilości i jakości przedstawiają się normalnie.

Schulz podkreśla wielokrotnie, że w chorobie tej nie występuje skaza krwotoczna, co zresztą wynika ze stanu normalnego systemu tromboplastycznego. Oczywiście, że krwawienia pochodzące ze śluzówek wrzodziejąco-martwiczych muszą być odpowiednio oceniane.

Symptomatologja tej choroby może więc przedstawiać się następująco: agranulocytosis jest ciężką chorobą toksyczno-infekcyjną z gorączką o typie ciągłym, w której charakterystyczna jest martwica błon śluzowych, specjalnie jamy ustnej, lekka żółtaczka, najczęściej bez obrzęku wątroby i śledziony, zniknięcie granulocytów z obiegu, z nienaruszalnością systemu limfopojetycznego, erytroplastycznego i tromboplastycznego.

Obraz anatomo - patologiczny jest dosyć ubogi. Charakterystyczny jest aparat megaloblastyczny w szpiku kostnym, który jest zupełnie zniszczony i rzadko napotyka się na pojedyńczy megaloblast, zresztą układ leukopojetyczny szpiku jest reprezentowany przez mononukleary, które nie wykazują oxydazy. Szpik kostny erytropojetyczny przedstawia wygląd normalny. Nigdzie w organizmie nie spotyka się ognisk granulotwórczych. Gruczoły limfatyczne są normalne, tylko gdzie niegdzie obserwuje się zwiększoną limfopoezę. Czasami spotyka się w wątrobie małe ogniska martwicze. Śledziona jest zwykle obrzęknięta, lecz nie stwardniała, rdzeń nie jest zniszczony. Obraz patologiczny śluzówek odpowiada ciężkiemu procesowi wrzodziejąco-martwiczemu, obserwowanemu już za życia.

Do roku 1930 opisano już 50 przypadków choroby Schulz-Friedemanna, gdzie rozpoznanie było postawione z całą pewnością. Według płci przeważają kobiety między 40—50 r. życia, wydaje się, że mężczyźni zapadają tylko rzadko na tę chorobę.

Śmierć zachodzi zwykle między 3—4 tygodniem choroby, czasami jednak o wiele wcześniej i to z powodu osłabienia akcji serca.

Gdy Schulz podał obraz chorobowy, uważał zejście śmiertelne jako charakterystykę syndromu. To zapatrywanie istniało do roku 1925, gdy Ehrmann i Preuss ogłosili pierwszy przypadek prawdziwej agranulocytozy, zakończony wyzdrowieniem. Obecnie ilość przypadków wyleczo-

nych stale wzrasta, co niewątpliwie wpłynie na rewizję stanowiska o beznadziejnej prognozie tej choroby.

Należałoby się w tem miejscu zastrzec przed mieszaniem czystej formy choroby Schulz-Friedemann z wieloma przypadkami, które tu nie należą, a mają tylko z agranulocytozą „idjopatyczną“ wspólną granulopenję. Te przypadki wyleczone zwiększyły prawdopodobnie pozornie ilość przypadków agranulocytozy. zakończonych pomyślnie. Niestety form „idjopatycznych“ wyleczonych opisano zaledwie dziesięć przypadków.

A oto przypadek agranulocytozy Schulza, obserwowany i leczony na naszej klinice i pouczający z wielu względów:

M. Sy., urzędnik, lat 31, przebywał przed laty w naszej klinice z powodu zapalenia opłucnej, później z powodu chronicznego zapalenia wyrostka robaczkowego. Krew pacjenta tego była wówczas kilkakrotnie badana i wykazywała zawsze zwiększenie ilości leukocytów (9—11 tys.), o obrazie poza tem normalnym. Śledziona niepowiększona.

3.X.28 r. przybył znów do kliniki. Z wywiadu dowiadujemy się, że od 12 dni gorączkuje i ma dreszcze. Na początku choroby odczuł bóle. później zauważył owrzodzenia na dziąsłach. Obecnie ma różne ropnie bolesne w ustach i na migdałkach. Śluzówki łuków zębowych, a specjalnie dolnego, są silnie obrzęknięte. sine, miejscami pokryte nalotem grubym, brudno-żółtym, zęby chwieją się. Silny odór z ust. Wątroba niepowiększona, śledziona sięga u góry do VIII żebra. nie jest macalna. Obrzęk gruczołów limfatycznych tylko pod żuchwą. Gorączka 38,8°, chory jest wybitnie osłabiony. Skargi jego odnoszą się głównie do owrzodzeń w jamie ustnej. W moczu, poza obecnością urobilinogenu, norma. Krew: erytrocytów 4.040.000, Hb 90% (Sahli), leukocytów 2.300. w tem 1% form młodych. 5% o jądrze pałeczkowatem. 94% limfocytów. W rozmazie wydzieliny ustnej znaleziono liczne spirochety (z tego powodu nakazano pendzlowanie owrzodzeń neosalvarsanem).

Następnego dnia stan chorego znacznie się pogarsza. Gorączka osiąga 39°. Ilość leukocytów wynosi 700 i to jest najniższy punkt krzywej leukocytarnej, obserwowanej podczas choroby.

W grupie czerwonej, poza pewną anizocytozą, norma. Erytrocyty są bogate w hemoglobinę. Serja biała przedstawia znaczną granulopenję: 1% form młodych. 5% z jądrem pałeczkowatem, 2% o jądrze segmentowanem. W granulocytach nie zauważa się zmian patologicznych. poza pewną ziarnistością toksyczną. Limfocytów 88%, same postacie dojrzałe. Zjawienie się 3% komórek plazmatycznych, obficie uwodniczkowanych wskazuje na pewien stan podrażnienia. Monocytów 4% — wygląd normalny. Płytek około 200.000. od czasu do czasu zjawia się komórka olbrzymia.

5.X. usunięto 2 zęby spróchniałe, mocno chwiejące się; wygląd

zmian w jamie ustnej nie zmienia się. Z powodu wielkich bólów jakie chory odczuwa przy jedzeniu, przeszło się na odżywianie doodbytnicze. Ilość ciałek białych zwiększa się do 1000.

6.X. chory otrzymuje 0,15 Neosalvarsanu dożylnie. Stan ogólny bez zmian. Dreszcze, temperatura dochodzi do 39,5°.

7.X. stan bez zmian, wybitne osłabienie, dreszcze. Leukocyt. 2100.

8.X. Stan ogólny chorego pogarsza się znacznie. Wśród dreszczów gorączka nabiera charakteru skaczącego; po wstrzyknięciu 0,3 Neosalv. zwiększa się do 41°. Liczba leukocytów 1900.

9.X. Ilość leukocytów zmniejsza się do 800. Ze względu na stałe pogarszanie się stanu chorego decydujemy się na wykonanie transfuzji. Chory otrzymuje 400 cm^3 krwi. Następują silne dreszcze, osłabienie, temperatura 40°.

10.X. Stan bez zmian, leukocytów 1000.

11—13.X. Chory czuje się nieco lepiej, leukocytów 1200—1500, temperatura nie przekracza 39°.

14.X. Wyraźna poprawa, nalot ropny zaczyna znikać z owrzodzeń, odżywianie doustne może być znów przywrócone. Erytrocytów 3900 tys., Hb 75%, Leukocytów 4400.

15.X. Temperatura normalna, jednakże stan chorego nie jest dobry — jest osłabiony, śpiący, niespokojny we śnie. Leukocytów 10900, w tem 24% wielocytów, 15% form młodych, 13% pałeczkowatych, 20% segmentowanych, 26% limfocytów, 2% monocytów Płytek 295000.

Podczas dni następnych szybka poprawa stanu ogólnego. Ilość leukocytów zwiększa się do 2000. Urobilinogen znikł z moczu, stomatitis prawie zupełnie zagoiła się.

24.X. Erytrocytów 4130 tys., Hb 80%, leukocytów 10000, w tem 7% megalocytów; wyraźne przesunięcie na prawo obrazu krwi (granulocyty hypersegmentowane) wg schematu Arnetha.

Odtąd chory czuje się stale lepiej aż do chwili opuszczenia kliniki. Leukocyty i przesunięcie wg. Arnetha wracają do normy.

W chwili opuszczenia kliniki ilość leukocytów wzrosła znów do 8000, z których 3% było form młodych, 16% pałeczkowatych, 62% segmentowanych, 10% limfocytów; przesunięcie na prawo jest jeszcze wyraźne; płytek 267000 Bilirubina w surowicy 0,94% mg. Szybkość opadania krwinek wg. Westergrena 65%.

Zastanawiając się obecnie nad tem, czy obraz chorobowy powyżej przytoczony pokrywa się z objawami choroby Schulz-Friedemanna, musimy odpowiedzieć bezwzględnie twierdząco. Wszystkie symptomy początkowe agranulocytozy znajdujemy u chorego: gorączka toksyczna, gangrena martwicza błon śluzowych, urobilinogenuria, lekki obrzęk śledziony, wybitna adynamia i charakterystyczny obraz krwi' wybitna granulopenia obok nienaruszonego systemu limfopojetycznego, erytroplas-

tycznego i tromboplastycznego; zupełny brak skazy krwiotocznej i hemokultura ujemna.

W naszym przypadku godnem podkreślenia są, poza pomyślnym zakończeniem choroby, dwa momenty:

1° chory przed zachorowaniem na granulocytozę pozostawał przez lata pod naszą opiekę lekarską i jego aparat granulocytopoetyczny wykazywał wtedy zupełną zdolność funkcjonalną, co więcej, ze względu na leukocytozę, często u chorego obserwowaną, możnaby myśleć nawet o stanie hyperfunkcjonalnym. W konsekwencji nie możemy twierdzić, że obraz chorobowy został wywołany ad hoc przez infekcję specyficzną, może połączoną z przelotnem porażeniem szpiku kostnego.

2° Przejście leukopenji początkowej w leukocytozę wyraźną, której towarzyszyło przesunięcie na lewo elementów (24% megalocytów. 15% metamyelocytów), fakt, który się zwykle nie zdarza. Szpik kostny leukopojetyczny przeszedł więc w krótkim czasie ze stanu krańcowej aplazji do stanu krańcowej hyperplazji. Trudno powiedzieć co było przyczyną tej zmiany. Wzrost szybki ilości leukocytów odbył się w kilka dni po transfuzji, ta korelacja czasu nie upoważnia nas jednakże do stwierdzenia zależności przyczynowej.

Różniczkując chorobę Schulz-Friedemanna z innemi tej grupy Schulz opiera się na następujących przesłankach: agranulocytoza odróżnia się od białaczki szpikowej ostrej przedewszystkiem krańcową granulopenją, następnie brakiem zupełnym form regeneratywnych.

Angina monocitaria charakteryzuje się obrzękiem ogólnym gruczołów limfatycznych ze splenomegalją i hepatomegalją, leukocytozą mierną i obrazem tak typowym leukocytów — t. j. monocytozą.

Panmielophthisis, albo wg. nowszej nazwy Franka trombopenia maligna, choroba w której występuje zupełne zniszczenie szpiku kostnego wskutek przyczyn chemicznych, toksycznych, czy urazów radiologicznych, wykazuje obok aleukji krwi także silną eritropenję, trombopenję i objawy tejże, t. j. skazę krwiotoczną, która nawet bez badania obrazu krwi, wyklucza agranulocytozę. Türk opisał w r. 1907 obraz chorobowy sepsis, dosyć typowy z punktu widzenia klinicznego, a mianowicie: wynik bakterjologiczny dodatni, silna skaza krwiotoczna, obraz krwi wykazywał zamiast oczekiwanej leukocytozy, krańcową granulocytopenję i bezwzględną limfocytozę. Ta „atrophia septica granulocitica", jak została nazwana przez Türka, nie jest chorobą rzadką.

Otóż większa ilość autorów, a w pierwszej linji Zadek, uważają też zespół agranulocytozy jako charakterystyczny rodzaj sepsis.

Schulz się temu zapatrywaniu przeciwstawia z całą stanowczością, wysuwając następujące argumenty: anemja, trombopenja i diathesis haemorrhagica są w agranulocytozie nieznane. Ewentualne zmiany wsierdziowe definitywnie przemawiają za sepsis. Badanie bakterjologiczne

krwi może mieć wartość tylko względną, spowodu zakarzeń wtórnych, jakie mogą zajść przy agranulocytozie. Choroba ta jednakże w przeciwieństwie do sepsis nigdy nie może być przeniesiona na zwierzę doświadczalne.

Dyskusja na temat istoty agranulocytozy nie jest jeszcze ukończona i potrwa chyba jeszcze długo. Dopiero wtedy, gdy wyjaśnimy etjologję tego schorzenia, będziemy mogli stwierdzić napewno, czy obraz chorobowy Schulz-Friedemanna tworzy rzeczywiście chorobę wyodrębnioną, czy tylko wariant biologiczny reaktywności szpiku kostnego leukopojetycznego.

*

* *

Co się tyczy terapji, to niepewność tu panująca nie jest mniejsza. Śledząc terapję, stosowaną w przypadkach wyleczonych, bynajmniej nie zbliżamy się do rozwiązania kwestji. Wykorzystanie doświadczenia leczniczego utrudnione jest przez fakt, że w wielu przypadkach wyleczonych było użytych wiele środków leczniczych, z drugiej strony ponieważ w niektórych przypadkach jest wprost niemożliwe ustalenie, czy stoimy wobec prawdziwej agranulocytozy idiopatycznej, czy też symptomatycznej wtórnej (Aubertin i Robert Lery).

Z zabiegów leczniczych najczęściej stosowane jest naświetlanie Roentgenem kończyn zalecane zwykle przez Friedemanna. Liczni autorzy (Hohe, Bix) otrzymali dzięki salvarsanowi, inni dzięki omnadinie (Lauter, Hohe), surowicy antistreptokokowej (Zikorszky) wyzdrowienie. Z całą pewnością transfuzja krwi daje chorobie bieg korzystny (Reve, Hoche, Bix, Zikorszky, Detre). Poza temi możnaby jeszcze wyliczyć cały szereg środków, którym liczni autorzy przypisują wielką wartość leczniczą.

Obserwacje przypadków wyleczonych samoistnie (Ehrmann i Preuss, Friedemann, Wyatt) nakazują nam być mocno przezornymi w osądzeniu terapji stosowanej dotychczas

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

MUTEL, NANCY. *Torbiel pochwy u noworodka.* (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, Nr. 7, 1934 rok).

Matka zgłasza się z dwutygodniowem dzieckiem ze skargami, że rośnie mu brzuszek, że nie oddaje stolca, że oddaje mocz często, lecz po kilka kropel. Po kilku dniach obserwacji spostrzeżono guz ponad spojeniem łonowem — wydawało się, że jest to przepełniony pęcherz, jednak

punkcja pęcherza przy której odprowadzono mocz czysty wykazała. że nie jest to pęcherz Próbowano odprowadzić mocz cewnikiem, nie udało się to jednak, gdyż nie można było znaleźć ujścia cewki; między małemi wargami znajduje się guz oddzielający się, różowy, grubości kciuka, o dużej objętości. Obecność guza uniemożliwia znalezienie ujścia cewki i otworu błony dziewiczej. Guz przylega do okolicy łechtaczki. Pewnego dnia z guza wylała się ciecz szaro-brudna w ilości około szklanki. Z chwilą pęknięcia torbieli wszystkie objawy chorobowe ustąpiły. W chwili, gdy guz pękł ścianę jego zbadano histologicznie. Znaleziono tkankę łączną nacieczoną leukocytami w dużej ilości, z kilkoma włóknami mięsnemi. Ściana torbieli pokryta jest na jednej powierzchni nabłonkiem jednowarstwowym płaskim. z drugiej zaś strony nabłonkiem wielowarstwowym.

Z punktu widzenia histologicznego torbiel ta przypomina jamę pierwotną kloaki, a zwłaszcza kanał Wolffa, który u osobników płci żeńskiej pozostają w środkowej części pochwy w postaci kanałów Gertnera, lub też uchyłków płodowych. Początkowo autor przypuszczał. (nie znajdując otworu błony dziewiczej), że torbiel jest utworzona z błony dziewiczej. Jednakże zejście tej sprawy wykazało, że miano do czynienia z torbielą wrodzoną, rozwiniętą z kanałów Wolffa w okolicy pochwy i cewki.

Dr. Halina Szenicer.

——:o:——

HAMANT, CHAMOT et THOMAS z Nancy. *„Badanie radjograficzne macicy przy pomocy cienkich warstw masy kontrastowej“* (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Nr. 7, 1934 rok).

Przy badaniu przewodu pokarmowego zauważono, że małe ilości masy kontrastowej pokazują dobrze obraz ściany jelita, podczas gdy duża ilość daje obraz objętościowy.

Tak też otrzymywano obraz masy macicy zapamocą wstrzykiwania lipjodolu. Autorzy chcieli otrzymać obraz śluzówki macicy (t. zw. hysteromucographia). Próby swoje rozpoczęli na macicach usuniętych; później jednak wykonywali je na pacjentach. Technika zabiegu przedstawia się następująco: pacjentka ułożona w pozycji ginekologicznej. Nie wykonywując żadnego przygotowawczego rozszerzania kanału szyi umieszcza się dwa cewniki moczowodowe Nr. 16 w ten sposób, że jeden z nich sięga aż do wnętrza jamy macicy. drugi tylko do ujścia wewnętrznego. Przez dłuższy cewnik wlewa się kilka cm^3 wody destylowanej, aby nieco przemyć jamę macicy i poto, by wlewając później płyn kontrastowy do tego cewnika widzieć wylewającą się wodę przez drugi cewnik.

Tą metodą otrzymuje się pokrycie ściany macicy cienką warstwą kontrastu.

Bardzo powoli wstrzykuje się szklaną strzykawką 3—4 cm^3 płynu kontrastowego. Te kilka cm^3 wydostaje się prawie całkowicie drugim cewnikiem — pomaga się jeszcze wydostaniu zawartości przez wygniatanie per rectum i przez palpację powłok brzusznych. Następnie wyjmuje się cewniki i obmywa się pochwę. Zdjęcie wykonuje się w zwykły sposób tak, jak z lipjodolem.

Jako płynu kontrastowego używali autorzy początkowo oliwę jodowaną, ale nie otrzymywali dobrych wyników, obrazy przedstawiały się jako plamy nieregularne bez żadnych cech charakterystycznych. Dobre wyniki uzyskali zapomocą zawiesiny koloidalnej tlenku toru 25% (Diagnothorine Spéciale Rhone Poulec à Ph. 5).

Nie zauważono żadnych szkodliwych wpływów ani następstw, mimo, że raz na początku pracy nastrzyknięto jajowody. Poza ciążą przeciwwskazaniem bezwzględnem są ostre stany zapalne i krwiotoki.

Autorzy otrzymali klisze z bardzo szczegółowemi obrazami; z dobrze widocznym obrazem ściany; widać zagłębienia w przypadkach małych polipków; obrazy zniszczenia w przypadkach nowotworu trzonu.

Raz otrzymali obraz jamy, przechodzącej w cieniutką linję falistą. Był to nowotwór, który zmienił światło jamy macicy na wąskie kanały; wszystkie te jamy nitkowatem światłem komunikowały z kanałem szyi.

Odczytywanie kliszy bywa bardzo często trudne — wymaga dużej wprawy. Nieszkodliwość tego zabiegu jest już pewna dla autorów, podczas gdy wstrzykiwanie lipjodolu pod ciśnieniem może wywołać nawet pęknięcie macicy.

Autorzy twierdzą, że metoda ta będzie w przyszłości stale używana, dochodzą nawet do tego, że twierdzą, że zapomocą takiej radjografji będzie można uniknąć skrobanek djagnostycznych.

Dr. Halina Szenicer.

——:o:——

E. WEIL i J. BERNARD. *Rak żołądka u chorych na anemję Biermerowską w okresie zdrowienia.* (La presse Medicale Nr. 6/35 r.).

Wprowadzenie leczenia wątrobą i żołądkiem zmieniło przebieg ane-

mji złośliwej. Jednak przyszłość tych chorych pozostaje nadal ciemna. Autor opisuje następujący przypadek anemji złośliwej, który pod wpływem leczenia wątrobą mimo różnych zaburzeń, zwłaszcza neurologicznych, był przez 8 lat naogół zadawalający. Po tych 8 latach, po krótkim okresie pogorszenia nastąpiła śmierć. Autopsja wykazała raka żołądka, któremu towarzyszył rak lewego płata wątroby. Podobny zespół anemji złośliwej i raka żołądka był już wielokrotnie referowany, przyczem w statystyce nieuwzględniane są przypadki, gdzie rak poprzedzał anemję złośliwą.

Uwzględniane są tylko przypadki, gdzie anemja złośliwa niewątpliwie poprzedzała raka żołądka. Przypadki te nie są zbyt liczne. Naegeli przed kilku laty i ostatnio Wilhauson ogłosili pracę na ten temat. Autor ostrzega przed popełnieniem 2 błędów, mianowicie dotyczących samego rozpoznania anemji złośliwej i raka. Dla pewnego rozpoznania anemji złośliwej trzeba mieć koniecznie zespół objawów jak anemja, achylja, obecność megaloblastów i megalocytów. W rozpoznaniu zaś raka żołądka nie można się opierać na obrazach roentgenowskich żołądka, gdyż często badanie histologiczne nie potwierdza rozpoznania roentgenowskiego.

Dla wytłomaczenia związku między temi dwiema jednostkami chorobowemi powstało wiele teoryj, z któremi jednak autor się nie zgadza, a mianowicie zarówno z teorją, że nowotwór żołądka jest przyczyną anemji, bowiem anemja rakowa jest zupełnie innego charakteru niż Biermerowska. Również spotyka się z krytyką teorja, że achylja, wspólny objaw anemji i raka, jest wspólnym czynnikim etjologicznym. W raku bowiem istnieje deficyt kwasu solnego i pepsyny, podczas gdy w anemji biermerowskiej głównym czynnikiem jest brak specyficznej substancji t. zw. czynnika Castla. Nadto nieobecność kwasu solnego i pepsyny w raku nie jest objawem stałym.

Autor proponuje 2 teorje; pierwsza znich jest anatomiczna: mianowicie raki b. często rozwijają się na podłożu, stworzonem przez uszkodzenie zapalne o charakterze przewlekłym. Podobną rolę jak te uszkodzenia odgrywają zmiany w żołądku, istniejące w anemji złośliwej. Dlatego więc anemję złośliwą można uważać jako rzeczywisty stan przedrakowy.

Rzadkie występowanie tego zespołu tłomaczy się szybkością przebiegu anemji złośliwej w okresie przed wprowadzeniem leczenia wątroby.

Druga teorja jest czynnościową: żołądek przedstawia narząd o b. złożonej fizjologji, mianowicie oprócz czynności trawiennych spełnia również czynności krwiotwórcze. Anemja złośliwa przedstawia zaburzenie tej czynności krwiotwórczej, achylja zaś czynności trawiennej. Tak więc współistnienie anemji złośliwej i raka stanowi zbiegnięcie się 2 różnych zespołów w stanach chorobowych żołądka.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

P. OURY i LE BARS. *Posocznico-ropnice gronkowcowe przewlekłe o długotrwałym przebiegu.* (La Presse Medic. 5/35 r.).

Autor opisuje kilka przypadków przewlekłej posocznico-ropnicy, wywołane przez bakterje, których zjadliwość jest zmienna i objawia się przez nasilenia chorobowe o różnej sile. Przebieg posocznico-ropnicy przewlekłej może trwać od kilku miesięcy do kilku lat. Jest to choroba przeważnie płci męskiej, co autor tłomaczy tem, że mężczyzna w związku z istniejącem porządkiem społecznym jest bardziej narażony na urazy i na zakażenie. Tem samem autor tłomaczy fakt występowania tej choroby najczęściej w wieku 20—40 lat.

W większości wypadków wrota wejściowe stanowi uszkodzenie skóry lub kości. Naogół uszkodzenie pierwotne zabliźnia się dość szybko i następuje przerwa między niem a wystąpieniem posocznico-ropnicy. Prawodopodobnie podczas tej przerwy gronkowiec osiedla się i wzmaga swą zjadliwość. Wreszcie zjadliwość ta objawia się w okresie zmniejszonej odporności organizmu. Od tego momentu występują co pewien okres czasu nasilenia chorobowe, przerywane okresami zupełnego zdrowia.

W 4 przypadkach, opisanych przez autora, występowały w przebiegu rozwijania się posocznico-ropnicy objawy skórne o charakterze dość szczególnym; mianowicie zjawiały się bolesne obrzmienia w różnych częściach ciała, rozwijające się bez odczynu ze strony gruczołów i naczyń limfatycznych, poczem następowało samoistne wyzdrowienie bez zropienia.

Autor zastanawia się, czy to szybkie wyzdrowienie zależy od nagłego osłabienia zjadliwości gronkowca.

Gronkowiec przenika do krwi, nie wywołuje w niej jednak większych zmian, ograniczając się do wytworzenia ropnych zawałów.

Zakażenie gronkowcowe rozwija się z łatwością u osobników, wyniszczonych przez zaburzenia w trawieniu, szczególnie u tych, u których zmniejszona jest odporność skóry, stanowiącej wrota wejściowe dla gronkowca. Następnie w wielu przypadkach stwierdzono zwiększenie poziomu cukru we krwi ,usposabiające do powstania zakażenia. Co się tyczy rokowania, to śmiertelność, b. wysoka dla postaci ostrych obniża się dla

postaci przewlekłych. Naturalnie, że w okresie tworzenia się ognisk przerzutowych przebieg może ulec zmianie. Szczególnie niebezpieczne są ogniska mózgowe i oponowe. Wogóle ogniska obwodowe jak skórne i kostne dają lepsze rokowanie niż umiejscowione głęboko i w narządach. W pewnej mierze ułatwia rokowanie hodowla bakteryjna ze krwi. W 5 przypadkach autora 3 razy hodowla wypadła dodatnio: — 2 chorych wówczas zginęło, 1 wyzdrowiał; 2 razy hodowla wypadła ujemnie — przebieg u obydwóch chorych był pomyślny.

Gronkowiec nie wytwarza przeciwciał i dlatego zakażenie gronkowcowe nie daje odporności.

Zakażenie gronkowcowe jest b. oporne na leczenie. Rzeczą pierwszorzędnej wagi w leczeniu jest zbadanie poziomu cukru we krwi. Dobre rezultaty lecznicze dają sztuczne ropnie oraz propidon. Autor radzi również stosowanie szczepionek, wywoływanie wstrząsu przy pomocy ciał kolloidowych oraz autohemoterapję.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

SEBASTIANI *„O stosowaniu naparstnicy u chorych sercowych"*. (Le Forze Sanitarie, 1934 r. Nr. 2, str. 86/96).

Wskazawszy na jeszcze po dziś dzień istniejącą dużą rozbieżność w poglądach na leczenie naparstnicą i ilustrując to szeregiem przykładów, wylicza autor zrazu najważniejsze, związane z tem, zagadnienia, które poszczególnie omawia, przytaczając własne doświadczenia, dotyczące częstości komorowej i szybkości krążenia krwi Został dowiedzione, że naparstnica wywiera — wprawdzie nieznaczne — działanie i na serca niemigocące i że przy drżeniu włókienkowem działanie polega wyłącznie na obniżeniu częstości. Według zdania autora, najważniejszem, — jeśli nie jedynem — wskazaniem dla naparstnicy jest migotanie przedsionków. Ponieważ wszystkie glukozydy naparstnicy są przy tem czynne, należy stosować całkowite przetwory: nalewkę, napar, proszki Z tych trzech postaci wydziela autor pierwszą (z powodu różnic w sposobach jej przygotowania i łatwości rozkładu). Napary należy przygotować codziennie świeże i natychmiast stosować Jeśli w szczególnych przypadkach stosowanie naparu nie wchodzi w rachubę, autor zaleca wtedy specyfiki oddając pierwszeństwo takim, które zawierają naparstnicę w całości, jak np. *Digipuratum*. Tylko wyjątkowo stosowane bywają inne przetwory. Leczenie rozpada się na kurację działającą (100 g. naparu 1% podawać w ciągu 2 godzin, przez 3 — 4 dni) i kurację podtrzymującą (ewent. przez całe miesiące i lata, przyczem można zupełnie się nie troszczyć o t. zw. kumulację).

——:o:——

DR. MEZEY K. Zakład Farmakologji Uniwersytetu w Bazylei. *Działanie Coraminy i Calcio-Coraminy na preparat sercowo-płucny według metody Starlinga.* (Die Wirkung des Coramins und des Calcio-Coramins am Starlingschen Herz-Lungenpräparat). Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. T. 177 z. 2/3, 1935.

Autor wykonał doświadczenia nad działaniem coraminy i calcio-coraminy na preparatach sercowo-płucnych i doszedł do następujących wniosków.

1. Serce wydolne reaguje na coraminę w stężeniu 1:4000 — 1:3000 zwiększeniem amplitudy i nieznacznem zmniejszeniem częstości skurczów przy utrzymanej objętości minutowej. W stężeniu zaś 1:1650 albo przy kilkakrotnem podawaniu coraminy w stężeniu 1:3000 następuje najpierw przejściowe obniżenie ciśnienia tętniczego bez zmiany objętości minutowej.

2. Przy samoistnie występującej niedomodze serca i przy uszkodzeniu serca pernoctonem, coramina w stężeniu 1:3000 obniża zwiększone ciśnienie w prawem przdsionku, podnosi ciśnienie tętnicze i zwiększa objętość minutową.

3. Działanie coraminy na preparat sercowo-płucny sprowadza się do spowodowania silniejszego rozkurczowego zwiotczenia mięśnia sercowego.

4. Działanie calcio-coraminy na serce wydolne powoduje w stężeniu 1:15000 — 1:3000 zwiększenie częstości skurczów nieznaczne podniesienie ciśnienia tętniczego bez zwiększenia amplitudy i nieznaczne zwiększenie objętości minutowej.

5. Na niewydolnem sercu calcio-coramina powoduje znaczne podniesienie ciśnienia tętniczego, zmniejszenie ciśnienia w prawym przedsionku, podniesienie częstości skurczów i zwiększenie objętości minutowej. Podniesienie napięcia sprowadza sę do działania składowej wapnia w calcio-coraminie.

6. Przy porównaniu działania calcio-coraminy z chlorkiem wapnia z uwzględnieniem stosunku wapnia w jednym i drugim istnieje ilościowa różnica na korzyść calcio-coraminy.

7. Zwiększenie objętości minutowej niewydolnego serca jest znaczniejsze po samej coraminie niż po calcio-coraminie.

8. Obniżenie ciśnienia jakie następuje po dużych stężeniach coraminy nie występuje po dużych stężeniach calcio-coraminy.

Dr. med. F. Mikulska.

——:o:——

Dr. K. DOBKAŃSKI. *Badania kliniczne nad perparyną.* (Polska Gaz. Lek. Nr. 3/1935 r. Z Oddziału Chorób Wewn. I. A. Państw. Szp. św. Łazarza w Warszawie).

Perparyna stanowi pochodną papaweryny, znacznie mniej od niej toksyczną. Jest to jasno-żółty proszek, trudno rozpuszczalny w zimnej wodzie i w alkoholu Badania doświadczalne wykazały, że działanie przeciwskurczowe perparyny na mięśnie gładkie jest trzykrotnie silniejsze od działania papaweryny, przyczem utrzymuje się znacznie dłużej. Autor stosował perparynę w 36 przypadkach, obejmujących 11 przypadków wrzodu żołądka, 4 przyp. wrzodów dwunastnicy, 2 dławicy piersiowej, 3 dychawicy oskrzelowej, 2 przewlekłego zapalenia nerek z nadciśnieniem, 3 nadciśnienia samoistnego, 5 zaparcia nawykowego spastycznego, 3 kamicy żółciowej, 2 krwotoku mózgowego i 1 skurczu głośni: Na zasadzie dłuższej obserwacji klinicznej dochodzi autor do następujących wniosków: 1) w przypadkach wrzodu trawiennego perparyna obniża znacznie kwaśność treści żołądkowej, przyczem obniżenie to utrzymuje się przez szereg dni po odstawieniu preparatu; 2) perparyna ujawnia wybitne działanie przeciwskurczowe zarówno w zakresie układu tętniczego, jak i w zakresie przewodu pokarmowego. W nadciśnieniu tętniczem ciśnienie tętnicze znacznie opadło, przyczem spadek ciśnienia utrzymywał się znacznie dłużej, niż przy stosowaniu innych środków przeciwskurczowych. W kolce żółciowej pod wpływem perparyny w krótkim czasie bóle całkowicie znikały. Nader pomyślne wyniki uzyskane przez autora zachęcają do częstszego stosowania perparyny jako środka przeciwskurczowego oraz obniżającego kwasotę żołądka.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI W SPRAWIE ORGANIZACJI SŁUŻBY LEKARSKIEJ NA TERENIE WIĘKSZYCH ZAKŁADÓW PRZEMYSŁOWYCH.

Z inicjatywy Instytutu Spraw Społecznych odbyła się w Warszawie, w dniu 2 i 3 marca r. b., w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny, konferencja lekarzy w sprawie organizacji służby lekarskiej na terenie

fabryk i większych warsztatów pracy. Konferencja ta miała charakter narady zamkniętej w gronie specjalistów higjeny pracy, lekarzy fabrycznych z różnych ośrodków przemysłowych w Polsce i lekarzy specjalnie interesujących się zagadnieniem higjeny pracy. Ogółem wzięło w niej udział 68 osób. Przebieg obrad był następujący.

Konferencję otworzył Dyrektor Instytutu Spraw Społecznych, *K. Korniłowicz,* zapraszając do wspólnego kierowania obradami prof. dr. W. Gądzikiewicza i dr. Br. Nowakowskiego. Na wstępie przewodniczący wyjaśnił cele i charakter konferencji lekarzy, zwołanej przez Instytut Spraw Spłecznych, zaznaczając, że obrady poświęcone zostały zagadnieniom *organizacyjnym,* a nie fachowo-lekarskim.

Na podstawie badań zostało stwierdzone, że istnieje duża rozpiętość w chorobowości robotników różnych fabryk tego samego typu, znajdujących się nieraz w tej samej okolicy i zatrudniających załogę o tej samej strukturze . Wskazuje to, że podjęcie akcji higjeny pracy w przemyśle jest sprawą o doniosłem znaczeniu. Powołany do tego zadania jest przedewszystkiem lekarz fabryczny. W związku z tem nasuwa się konieczność bliższego określenia jego stanowiska, funkcyj i zadań. Instytut Spraw Społecznych, organizując w tej sprawie konferencję, pragnąłby przedewszystkiem wyciągnąć odpowiednie wnioski z działalności tych nielicznych jeszcze lekarzy fabrycznych, którzy pracują w niektórych zakładach przemysłowych.

Następnie przewodniczący oddaje głos poszczególnym referentom. M. in. zostały wygłoszone następujące referaty:

Adamiecki W. v. Dyrektor I. S. S. „Gospodarcze znaczenie akcji profilaktycznej".

Dr. Nowakowski B. „Nowe prądy w organizacji higjeny pracy".

Dr. Paluch E. „Higjena pracy w Niemczech".

Dr. Paluch E. „Współczesny stan opieki lekarskiej w przemyśle polskim".

Dr. Muszkatblat B. „Organizacja służby lekarskiej w Wojskowym Zakładzie Pirotechnicznym w Rembertowie"

Dr. Dackiewicz St. „Dział profilaktyki pracy Dyrekcji Wodociągów i Kanalizacji Zarządu Miejskiego w m. st. Warszawie".

Dr. Breit J. „Zadanie opieki lekarskiej w fabryce".

Po każdym z referatów zadawano prelegentom liczne pytania, na które bezpośrednio odpowiadali. Po zakończeniu referatów wygłosili jeszcze krótkie przyczynki: dr. Hozer: *O instytucji pielęgniarek fabrycznych w Niemczech;* dr. Janecki: *O koordynacji pracy lekarza fabrycznego, lekarza ubezpieczalni i lekarza samorządowego;* dr. Łokczewski poświęcił krótkie wspomnienie *Dr. Wł. Biegańskiemu i Dr. J. Czajkowskiemu,* którzy, jako pierwsi lekarze fabryczni, byli pionierami higjeny fabrycznej w Polsce; Dr. Świerczewski: *O higjenie pracy w Państwowej*

Fabryce Związków Azotowych w Mościcach; dr. Mieszkowski: *O możliwości związania pracy samarytańskiej na terenie fabryk z Polskim Czerwnym Krzyżem* — i dr Gordziałkowski: *O konieczności praktycznego przygotowania studentów medycyny do pracy lekarskiej w przemyśle.*

Zgłoszone przez poszczególnych referentów i uczestników liczne wnioski, uszeregowało prezydjum według punktów, nad któremi rozwinęła się żywa i rzeczowa dyskusja. W wyniku jej przyjęto następujące wnioski:

1. Konieczność zmniejszenia wielkich strat materjalnych, wynikających z nadmiernej liczby wypadków przy pracy i chorobowości w przemyśle i związanego z tem obciążenia życia gospodarczego świadczeniami społecznemi, zmusza do podjęcia energicznej i planowej akcji zapobiegawczej, której koszty stanowić będą zaledwie nieznaczną część sum w ten sposób zaoszczędzonych dla gospodarstwa narodowego.

2. Akcja zapobiegawcza powinna być oparta przedewszystkiem na planowej organizacji bezpieczeństwa i higjeny pracy w obrębie zakładów przemysłowych.

3. Akcja w zakresie higjeny i bezpieczeństwa pracy w obrębie zakładów powinna być prowadzona przy czynnym współudziale lekarza, znającego zarówno środowisko pracy, jak stan zdrowia załogi warsztatu pracy. Możliwe to jest jedynie do urzeczywistnienia przez stworzenie stanowisk lekarzy fabrycznych.

4. Zakres działania lekarza fabrycznego powinien obejmować:

a) badania pracowników nowowstępujących w celu ich właściwego doboru do pracy;

b) badania okresowe załogi w celu wykrywania i racjonalnego zwalczania chorób zawodowych, inicjowania wczesnego leczenia wykrytych wad i chorób zawdowych oraz dokonywania na tej podstawie — zmian przydziałów do pracy;

c) badania okresowe i doraźne środowiska pracy w celu wykrycia i usunięcia szkodliwości, wynikających z procesów produkcji i warunków pracy;

d) organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy i w nagłych zachorowaniach;

e) prowadzenie działalności propagandowej i instrukcyjnej wśród załogi warsztatu pracy;

f) współpraca z administracją fabryczną w zakresie uzdrowotnienia fabryki;

g) współpraca z lekarzami leczącymi i organami służby zdrowia państwowej i samorządowej;

h) prowadzenie rejestracji chorobowości w zakładzie pracy oraz badania patologji i higjeny pracy.

5. Do zorganizowania akcji w zakresie higjeny i bezpieczeństwa

pracy w obrębie zakładu pracy powołany jest pracodawca. Instytucje Ubezpieczeń Społecznych powinny z nim współdziałać przez stosowanie odpowiedniego systemu składek na ubezpieczenie oraz przez ułatwienie wykorzystania do tego celu lekarzy zatrudnionych w Ubezpieczalniach Społecznych .

6. Większe zakłady przemysłowe powinny mieć własnego lekarza fabrycznego, mniejsze zaś zakłady mogą być łączone w grupy, podlegające opiece wspólnego lekarza fabrycznego.

7. Niezależnie od działalności lekarzy fabrycznych powinna być rozszerzona sieć lekarskiej inspekcji pracy w celu nadzorowania stanu higjeny pracy w poszczególnych gałęziach i w poszczególnych rejonach, przyczem stanowiska te powinny być obsadzone przez higjenistów-fachowców.

8. W celu zaznajomienia młodzieży studjującej w niższych, średnich i wyższych szkołach zawodowych ze sprawą higjeny pracy konieczne jest wprowadzenie nauczania i szerzenia zasad higjeny pracy w szkołach zawodowych i obsadzenia stanowisk lekarzy szkolnych w tych szkołach przez lekarzy, dobrze obznajmionych z higjeną pracy.

9. W celu oparcia akcji w zakresie higjeny pracy na podstawach naukowych, powinny być utworzone w Polsce specjalne kliniki i ośrodki chorób zawodowych oraz Instytut Higjeny Pracy, na wzór licznych w innych krajach instytucyj tego rodzaju.

10. Celem przygotowania lekarzy do zadań, wynikających z postulatów higjeny pracy, należy stworzyć na wydziałach lekarskich Uniwersytetów katedry higjeny pracy i chorób zawodowych oraz zorganizować praktyki studentów w zakresie medycyny pracy.

11. W celu stałego informowania lekarzy o postępach w zakresie higjeny pracy oraz wymiany doświadczeń konieczne jest wydawanie lub popieranie specjalnego czasopisma oraz zwoływanie perjodycznych konferencyj i zjazdów poświęconych tym sprawom.

NADESŁANE.

Ukazał się Nr. 2 czasopisma „Pogotowie“ w formie i treści nader interesującej.

Doborem artykułów porusza b. ważne zagadnienia gospodarcze i psychologiczne, kierując uwagę na najważniejsze problematy współczesnego życia naszego.

„Pogotowie“ ma na celu podniesienie w nas entuzjazmu i większej aktywności w dążeniu do przezwyciężenia wad naszej biernej psychiki.

Horyzonty, które pismo roztacza przed oczyma czytelnika, są śmiałe i nie ograniczają się jedynie do wymogów dnia powszedniego, słychać w nich tętno, zdradzające uczucia podniosłe i dążenia do wyzwolenia z ducha obywateli pełnej energji; przeniknięte są troską zarówno o dobro zawodu, jak i o świetną przyszłość Narodu i Państwa.

Życzymy z całego serca tej ambitnej placówce zrealizowania tych dumnych dążeń, o które z takim bezinteresownym poświęceniem walczy i które budzić muszą szczere echo w każdem szlachetnem sercu.

R.

TREŚĆ:

str.

1. Dr. Irena Grodzińska (Warszawa). O istocie i leczeniu nadciśnienia 125
2. Dr. László Detre. O patogenezie i terapji agranulocyzoty . 134
3. Referaty z czasopism obcych 141
4. Dział społeczno-lekarski 148
5. Nadesłane 151

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5.04-91.